

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

宿毛市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

※記入不要です。

被 保 険 者	介護保険被保険者番号		医療保険情報について、わかる場合はご記入ください。		個人番号											
	医療 保険	保険者名				保険者番号										
		被保険者記号・番号	記号			番号										
	フリガナ															
	氏名					性										
	住所					電話番号										
	前回の要介護認定の結果等		*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期限		から										
			※14日以内に 他自治体から 転入した者のみ記入	転出元自治体(市町村)名 []		現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を) い いいえ										
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地				～									
			介護保険施設等の名称等・所在地		期間		～									
		医療機関等の名称等・所在地		期間		～										
		医療機関等		期間		～										
提出 代行 者	名称	該当に○ (地域包括支援センター・介護老人保健施設・介護医療院)														
	住所	〒 主治医の名前を記入してください。 電話番号														
主 治 医	主治医の氏名					医療機関名										
	所在地		〒			電話番号										

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名													
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営の確保に必要となります。要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果に基づき、介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス計画の作成等に必要となる情報を、宿毛市から地域包括支援センター、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防サービス事業者、若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防サービス事業者、生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

申請の内容を確認したうえで、本人氏名の記載をお願いします。

本人氏名